

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации. Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск: ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

Таблица 2. Результаты медикаментозного прерывания беременности у пациенток II группы (выполняющих прерывание беременности повторно)

	Пациентки, прерывающие беременность повторно (n=44)			
	Нерожавшие (n=2), имеющие 1 аборт в анамнезе	Роды в анамнезе (n=40)		Кесарево сечение в анамнезе (n=2), имеющие 1-2 аборта
		≤ 2 аборта в анамнезе (n=35)	>2 абортов в анамнезе (n=5)	
Средний возраст, лет	29,0±0	32,84±2,08	37,6± 5,01	32,5±44,47
Д плодного яйца, мм	8,7±0	13,97±2,27	12,5±9,94	8,0±38,12
Длительность кровянистых выделений, дней	7,5±6,35	7,74±0,54	7,4±1,11	7,0±0
Обильность выделений	Умеренные -2(100%)	умеренные-31(88,6%) обильные-4(11,4%)	Умеренные-3(60,0%) Обильные-2(40,0%)	умеренные-2(100%)
Толщина эндометрия на 14 сутки, мм	7,5±19,06	8,76±1,09	10,8±4,32	10,5±6,35
Осложнения:неполный выкидыш		2%		

анамнеза (аборты, рубец на матке после кесарева сечения) не оказывает существенного влияния на возникновение послеабортных осложнений (таблица 2).

Выводы:

1. Медикаментозный аборт применим для прерывания маточной беременности на ранних сроках (до 42 дней аменореи) как для девочек-подростков, прерывающих I беременность, так и для женщин, выполняющих прерывание беременности впервые либо повторно.

2. Клинически МА сопровождался кровянистыми выделениями, которые в большинстве случаев носят умеренный характер, по объему и длительности соответствуют менструальной кровопотере.

3. Из обследованных 100 пациенток, которым выполнялся МА, осложнения, потребовавшие последующего проведения вакуум-аспирации или abrasio

uteri, наблюдались лишь в 4% случаев.

4. Показано, что наличие ОАА и ОГА не оказывают существенного влияния на клинические проявления МА, течение послеабортного периода и процент возникновения осложнений.

Литература:

1. Серова, О. Ф. Реабилитация после медицинского аборта – путь к сохранению репродуктивного здоровья женщин / О. Ф. Серова, Т. Н. Мельник // Рус. мед. журн. – 2007. – Т. 15, № 17.
2. Руководство по гинекологии детей и подростков / под ред. В. И. Кулакова, Е. А. Богданова. – М., 2005. – 330 с.
3. Серова, О. Ф. Профилактика нарушений репродуктивной функции у подростков после аборта / О. Ф. Серова // Рус. мед. журн. – 2005. – Т. 13, № 15. – С. 984–986.

ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ ВНУТРЕННИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ПО ДАННЫМ СОНОГРАФИИ ПРИ ЭНДОХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЭНДОМЕТРИОЗА

Елисеенко Л.Н.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Эндохирургическое вмешательство при распространенном эндометриозе гениталий предусматривает удаление эндометриoidных гетеротопий, разъединение спаек и сращений, снижение реакции организма до минимума на операцию и предотвращающие вторичных осложнений, препятствующих физиологической реализации репродуктивной функции[1,3]. Проблема рецидивирующего эндометриоза, сохранения бесплодия, снижение фолликулярного резерва яичников остается актуаль-

ной, несмотря на оптимизацию эндохирургического лечения и разработки способов профилактики спаечного процесса. [2,4].

Целью настоящего исследования явилось изучение состояния внутренних половых органов, характера их кровоснабжения на лапароскопическое удаление очагов генитального эндометриоза по данным сонографии.

Материал и методы. Оценено течение раннего и позднего постоперационного периода у 35 больных

(основная группа) с наружным генитальным эндометриозом (яичники, брюшина, крестцово - маточные связки, клетчаточное пространство малого таза) 2-3 стадии, подвергшихся лапароскопическому удалению очагов эндометриоза, и 30 здоровых женщин, подвергшихся лапароскопической стерилизации методом коагуляции и пересечения маточных труб (контрольная группа). Данное обследование проводилось во 2-й Витебской областной клинической больнице, базе кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ПК. Возраст больных был схож во всех группах и колебался от 20 до 38 лет. Из перенесенных гинекологических заболеваний в обеих обследуемых группах преобладали: воспалительные заболевания придатков матки, бесплодие трубно-перитонеальное, дисфункция яичников. Оперативные вмешательства в анамнезе имели 6 пациенток из основной группы и 4 из контрольной. Экстрагенитальные заболевания (ожирение, нарушение функции щитовидной железы, вегето-сосудистая дистония) наблюдали у каждой 4-й пациентки.

Оперативное лечение было выполнено под эндотрахеальным наркозом с помощью эндоскопического оборудования и набора инструментов Шторц (Германия). При лапароскопии в основной группе для активизации регенерации брюшины, эпителия фимбриальных отделов маточных труб, коркового слоя яичников и снижения воспалительной реакции в органах малого таза после удаления очагов эндометриоза использовали неоднократное орошение тканей физиологическим раствором, тщательное удаление сгустков крови и некротических тканей.

Для оценки состояния внутренних половых органов выполняли сонографию органов брюшной полости с доплерометрией сосудов матки всем больным на 3, 5, 7, 14, 30, 60-е сутки послеоперационного периода на аппарате "Voluson 730 Expert" и "Lodic-500".

Обработка данных проведена на персональном компьютере с использованием стандартного пакета программ "Statistica 6" на основе методов вариационной статистики и корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение. Длительность оперативного вмешательства была наибольшей ($P < 0,05$) в основной группе ($98 \pm 8,4$ мин) и наименьшей ($22 \pm 4,2$ мин) в контрольной группе. Общая кровопотеря в основной группе составила $247 \pm 53,2$ мл, в контрольной - $23 \pm 6,5$ мл. Интраоперационных осложнений не было.

Изучение состояния внутренних половых органов пациенток основной группы по данным сонографии после лапароскопического лечения на 3, 5 и 7-е сутки после операции показало, что в 68,3.% случаев имело место матка в центре, впереди, контуры ровные, структура однородная. Размеры: длина - $68,5 \pm 1,9$ мм, ширина $54,6 \pm 1,3$ мм и переднезадний - $48,6 \pm 1,8$ мм, у женщин группы контроля - $59,4 \pm 0,8$ мм, $50,1 \pm 0,9$ мм, $46,7 \pm 1,7$ мм соответственно. Состояние эндометрия соответствовало фазе менструального цикла. Объем яичника в основной группе составил $8,7 \pm 1,3 \text{ см}^3$ в

контрольной группе - $6,5 \pm 1,7 \text{ см}^3$. У пациенток после удаления очагов эндометриоза отмечено снижение эхогенности миометрия матки и ткани яичников, нечеткость их контуров, затрудненная визуализация фолликулярного аппарата яичников, наличие умеренного количества жидкости в малом тазу. При цветном доплеровском картировании (ЦДК) - имело место снижение количества цветочных локусов в яичниках, появление зон повышенной васкуляризации и низкорезистентного кровотока в яичниках. При анализе кривых скоростей кровотока в маточной артерии ИР в основной группе составил $0,76 \pm 0,03$, в контрольной - $0,84 \pm 0,04$ ($P < 0,05$); ПИ - $2,01 \pm 0,14$ в основной и $2,32 \pm 0,3$ в контрольной; СДО - $6,12 \pm 0,02$ и $7,96 \pm 0,14$ соответственно ($P < 0,05$). Четко прослеживается снижение всех индексов кривых скоростей кровотоков в основной группе по сравнению с контрольной, что свидетельствует о нарушении кровоснабжения, отека тканей внутренних половых органов, наличии воспалительной асептической реакции брюшины. Спустя 60 суток после лапароскопии у 17,9% больных основной группы отмечено сохранение низких индексов кривых скоростей кровотока в маточных и радиальных артериях, что отражало неполное восстановление кровоснабжения внутренних половых органов. Этот факт может явиться причиной возникновения рецидива эндометриоза гениталий в последующем, так как в участках тканей с зонами гипоксии патологически активизируются локальные факторы роста, факторы пролиферации клеток и снижаются факторы апоптоза.

Выводы

1. Состояние внутренних половых органов у 2/3 пациенток с эндометриозом после хирургической лапароскопии на 3, 5 и 7-е сутки после операции по данным сонографии характеризуется нарушением кровоснабжения, отеком тканей, наличием воспалительной асептической реакции брюшины, что требует более интенсивного подхода к нормализации кровотока в органах малого таза.

2. Отсутствие восстановления кровоснабжения внутренних половых органов у 17,9% больных в послеоперационном периоде на 30-60-е сутки может быть причиной рецидива генитального эндометриоза.

Литература

1. Дивакова, Т. С. Репродуктивное здоровье / Т. С. Дивакова, Л. Н. Елисеенко, М. П. Фомина. – 2011. – №. 4 (16). – С. 122-126.
2. Федорова, Е. В. Применение цветного доплеровского картирования и доплерометрии в гинекологии / Е. В. Федорова, А. Д. Аипман. – М., 2002. – С. 24-36.
3. Купанов, В. И. Оперативная гинекология-хирургические операции / В. И. Купанов, А. В. Адамян, О. А. Мынбаев. – М., 2000. – 860 с.
4. Abulafia, O. Angiogenesis of the ovary / O. Abulafia, D. Sherer // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2000. – Vol 182, N 1. – P. 240-246.